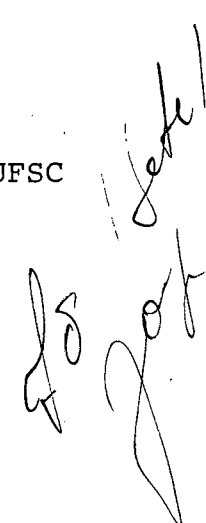


UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA



ROTURA UTERINA

NADJA BRAGA MEDEIROS

SONIA POLLI

Florianópolis, 01 de junho de 1982

I N D I C E

I.	RESUMO	pág.	01
II.	INTRODUÇÃO	pág.	02
III.	RELATO DE CASO	pág.	04
IV.	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	pág.	06
V.	COMENTÁRIO	pág.	18
VI.	CONCLUSÃO	pág.	20
VII.	BIBLIOGRAFIA	pág.	21

RESUMO

OS AUTORES FAZEM A APRESENTAÇÃO DE UM CASO DE ROTURA UTERINA OCORRIDO NA MATERNIDADE CARMELA DUTRA; UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA DO ASSUNTO E TAMBÉM UMA BREVE REVISÃO DOS TRABALHOS PUBLICADOS NOS ÚLTIMOS 4 ANOS.

1
Análise?
literature review
p/o termo "B&D"

INTRODUÇÃO

Durante o estágio por nós realizado na Maternidade Carmela Dutra de janeiro a março de 1982, tivemos a oportunidade de acompanhar um caso de Rotura Uterina, em uma parturiente.

Este acidente, é uma das urgências mais raras e graves, na prática obstétrica. Sua ocorrência deve ser devidamente investigada, diagnosticada e tratada, pois implica em risco de vida para a parturiente e para o feto.

Segundo Resende, F.C. ^{diagnóstico no feto} Grelle, a Rotura Uterina, é também um demonstrativo da qualidade técnica do serviço obstétrico de um hospital. Com a instituição do serviço de atendimento pré-natal nas maternidades e melhora no padrão de assistência a parturiente, sua incidência vem decrescendo de maneira bastante significativa.

Este fato se comprova ao observarmos regiões sócio-econômicas menos favorecidas: o índice estatístico é bem mais elevado, just

tamente por não haver possibilidade de acompanhamento a gestante e a parturiente.

Pela importância do assunto, pela diversidade de quadro clínico, é que nos propomos a apresentar este caso em especial.

Para melhor complementar este trabalho, se fez necessário uma revisão bibliográfica sobre o tema, mais especificamente sobre Rotura Uterina durante o trabalho de parto.

III. RELATO DE CASO

MGN, 31 anos, gesta V - para III, admitida na Maternida de às 20:30 minutos do dia 11 de março de 1982, com gestação à termo, em trabalho de parto inicial.

O colo estava com 4 cm de dilatação, 80% apagado, membranas íntegras e ausência de sangramento vaginal.

Todos os sinais vitais da paciente eram normais.

O feto estava em posição cefálica, com o batimento ^{cardíaco} fetal ~~de 140~~ ^{is} ^{por} minuto.

Sua história pregressa era significativa, dizendo que 8 anos antes fez uma cesareana de urgência e há 13 meses 1 aborto espontâneo.

O trabalho de parto evolui durante toda a noite sem particularidades, com boa dinâmica uterina.

Dez horas após sua internação, relata dor tipo cólica de intensidade moderada, em baixo ventre.

A partir desta hora as contrações uterinas cessaram e os

batimentos cárdio-fetais tornaram-se negativo.

A paciente permaneceu em bom estado geral, contactuando com o meio, sem qualquer sintomatologia de interesse. *Q. Q. J. L. R. A. 30/10/82*

Diante do quadro, diagnosticou-se morte fetal e possível rotura uterina. Às 15:00 horas deste mesmo dia, foi submetida a uma laparatomia sob raqui-anestesia, com incisão infraumbelical mediana.

Na visualização da cavidade abdominal, observou-se coleção sanguínea, feto e placenta livres na cavidade, útero de consistência firme apresentando laceração corporal longitudinal, irregular atingindo serosa, miomêtrio e mucosa.

Foi retirado placenta e feto morto, feminino, pesando 3.150kg com duas circulares de cordão e um nó real. *curetagem*

Logo a seguir, foi realizada curetagem uterina e posterior histerorragia em 3 planos.

A cirurgia transcorreu sem acidentes. A paciente permaneceu mais 4 dias internada com a seguinte medicação: binotal, methergin, buscopan e tace. *recebeu alta*

Recebeu alta no 6º dia de internação sem qualquer anormalidade nos pós-operatório.

Deduziu-se
(Concluiu-se) que a etiologia desta laceração uterina espontânea, foi consequência de uma prévia cicatriz cirúrgica sobre o corpo uterino.

IV. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A. CONCEITO :

Em acordo com o pensamento de Guariento, Rotura Uterina, segmento-corporal é a denominação dada às soluções de continuidade segmento-corporais.

B. CLASSIFICAÇÃO

B.1 Quanto a época de ocorrência :

B.1.a durante a gravidez-mais raras

B.1.b durante o parto - mais frequentes

B.1.c no puerpério e após curetagens - também são menos frequentes.

B.2 Quanto a causa

B.2.a Espontâneas : é igualmente um processo lento, progressivo e assintomático (Resende)⁷ e que por isto ocorre mais para o final da gravidez em regiões com alteração da fibra muscular por endometriose, infiltração hialina ou gordurosa, penetração do cório no miomê -

trio, uma cicatriz de cesareana, ou de miomectomia

B.2.b Traumáticas: podem ocorrer por quedas sobre o ventre, acidentes de trânsito, versão por manobra externa, ferimentos penetrantes por arma de fogo ou arma branca, por manuseio instrumental da cavidade uterina etc.

B.2.c em cicatriz de cesareana ou histerotomia.

Segundo Resende ainda não é esta uma boa classificação de causas, pois acidentes ocorridos por uso incorreto de ocitocinos, não podem ser incluídos em nenhuma das 3 modalidades. Nos parece que a classificação dada por José Botella Lusiá e José A. Clavero Núñez, enquadra melhor as diferentes etiologias.

B.2.d R.U. ^{passivas} - são as que ocorrem por traumatismo, o útero não participa ativamente. Enquadram-se aqui aquelas que ocorrem por manobra obstétrica- versão violenta, ^{ou via} por traumatismos externos- acidentes de trânsito, e por manuseio instrumental do útero - curetagens.

B.2.e R.U. ^{ativas} - por hiperdinâmica. Nesta o útero é a gente ativo da rotura. Ocorre principalmente quando existe: desproporções cefalo-pélvicas, situações transversas e qualquer outra distocia que impeça a progressão normal do trabalho de parto.

Como agravante destas situações temos o uso inadequado de ocitocicos.

B.2.f R.U. espontâneas: ocorrem por debilidade do miométrio

O útero se rompe por ter uma área de menor resistência. São as regiões com cicatriz cirúrgica, alterações tumorais etc.

B.3 Quanto aos planos anatômicos atingidos.

B.3.a completa: quando todas as camadas uterinas são atingidas

B.3.b incompletas: quando a mucosa ou a serosa não são alcançadas

B.3.c complicadas: quando órgãos vizinhos são incluídos (vagina, bexiga, reto)

B.4 Quanto a localização

B.4.a corpo uterino

B.4.b segmento

B.4.c colo uterino

De agora em diante nos deteremos em rotura uterina no trabalho de parto.

C. Incidência: as estatísticas são variáveis

- Juan Leon em seu livro Tratado de Obstetrícia, cita estatísticas de H. Erving, onde a frequência de Rotura Uterina é de 1 em 95 partos e 1 em 3.173 partos.
- Luis Aguirre e H. Barbosa ^{citam} relatam uma incidência de 1 rotura uterina para cada 2.000 a 3000 partos (vale acrescentar que segundo os mesmos autores para cada cem roturas uterinas, somente 12 ocorrem na gestação).

Na obra - Obstetrícia Operatória Briquet ⁷ - as cifras citadas são de 1: 2000 casos.

De maneira geral as roturas uterinas são mais encontradas durante o parto do que na gestação; mais em multiparas do que em primigestas.

As que ocorrem em cicatriz de cesárea, são mais frequentes, seguindo-se as roturas espontâneas e após traumáticas.

D. ETIOPATOGENIA

Deve ser considerado fatores predisponentes e fatores desencadeantes.

D.1 Fatores predisponentes: que se subdividem em :

D.1.a qualidade da parede uterina

D.1.b impraticabilidade da via transpélvica

D.1.a A integridade da fibra muscular uterina é de suma importância. Dificilmente um útero íntegro rompe, pois a força necessária para tal é de 3 a 4,5 kg/cm². Durante um trabalho de parto, a força existente é de 0,6Kg/cm². (F.C.Grelle).

As causas que mais frequentemente levam a diminuição da integridade desta musculatura são :

- 1) Os processos cicatriciais - é o fator predisponente de maior importância atualmente. As cicatrizes pós-cesárea são as que mais se evidenciam, porém qualquer tipo de cicatriz pode fragilizar a parede uterina como por exemplo curetagens extensas e profundas. Na cirurgia tipo cesareana, quando a incisão é longitudinal e em região fundica, observa-se o maior índice de deiscências, a seguir seriam as incisões longitudinais em corpo, e finalmente naquelas realizadas em segmento.

Estudos provam que as condições de cicatrização em região segmentar, principalmente quando obedecidas as técnicas para uma boa histerografia e quando se tem um pós-parto sem anormalidades, são mais seguras do que as realizadas em corpo uterino.

- 2) Processos Infecciosos, que se iniciam no puerperio, atingem miométrio formando microabcessos, levam também a formação de zonas de enfarte resultantes da trombose de vasos uterinos.
- 3) Alterações degenerativas tipo hialina ou gordurosa.
- 4) Endometriose - citada por alguns autores (Resende)
- 5) Placenta acreta - também mencionada como fator de adelgaçamento da parede uterina.

D.1.b a impraticabilidade do fator transpelviano levando a alteração na distensão do segmento e na dinâmica uterina é dada pelos seguintes fatores :

- 1 - mal formações congênitas uterinas
- 2 - anomalias de colo uterino
- 3 - tumores pré-existent
- 4 - disproporção céfalo-pélvica
- 5 - apresentação transversa e de frente
- 6 - gigantismo fetal
- 7 - hidrocefalia fetal
- 8 - gêmeos acolados

D.2 Fator determinante :

A contração uterina é o fator determinante, mais especificamente a contração uterina exagerada que aparece quando

existe um obstáculo a vencer durante o trajeto.

Sabe-se que quanto maior a resistência maior a força contrátil, por isto enquanto existir obstrução a passagem do objeto, o útero progressivamente aumenta sua força contrátil. O segmento inferior se distende (elevação do anel de Bandl) até alcançar limites perigosos, quando então o músculo pode romper-se.

E. ANATOMIA PATOLÓGICA

Sob o ponto de vista da patologia, é costume dividir as roturas segundo : *duel a feriu*

e.1 sede da rötura, que varia de acordo com a causa que lhe originou

e.1.a traumáticas - no local do trauma

e.1.b durante o parto - no segmento inferior

e.1.c espontâneas - em qualquer região

e.1.d em cicatriz de cesarea - no corpo ou segmento inferior

e.2 A extensão da lesão que é variada podendo ser puntiforme ou tão extensa que chega a amputar o corpo do útero.

e.3 A direção, podendo ser longitudinais, transversas , mistas ou estreladas (de um ponto central, para diversas direções).

e.4 a profundidade

e.4.a completa: também dita comunicante, por colocar a cavidade uterina em contato com a cavidade

peritoneal. No abdome pode ser encontrado sangue , líquido amniótico ^e ou mecônio. Após a expulsão do feto para a cavidade abdominal, a contração uterina se inicia, diminuindo a hemorragia.

e.4.b incompleta ou não comunicante pois não existe comunicação entre cavidade uterina e abdominal. Esta subdividida em :

e.4.b.1 sub-peritoneal ou sub-serosa, quando apenas o endométrio e miométrio estão comprometidos

e.4.b.II extra mucosa, quando atinge serosa e miométrio.

e.4.c complicada: quando a solução de continuidade se faz até órgãos vizinhos como bexiga, vagina e reto. Segundo Briquet ⁷ em caso de rotura na cicatriz de cesárea segmentar, a bexiga é o órgão mais atingido. Na maioria das vezes, a vagina é o órgão mais atingido e o reto muito raramente.

F. SINTOMATOLOGIA

Antes de tudo o tocólogo deve valorizar e manter cuidados especiais, naquelas parturientes com história de cesarea-na anterior, pelve estreita, fatores fragilizantes de parede uterina etc.

Apesar de todos os cuidados a rotura uterina pode se instalar incidiosamente não trazendo sinais ou sintomas que chamem atenção, de outras vezes pode ser um quadro abrupto sem ser precedido por qualquer sintomatologia.

Podemos diferenciar duas fases distintas :

f.1 rotura iminente: paciente agitada e ansiosa com contrações uterinas dolorosas e até subentrantes.

Ao exame físico percebe-se próximo ou até mesmo acima da cicatriz umbilical, o relevo do anel de Bandl (ele separa o corpo uterino do segmento inferior). Pode-se palpar os ligamentos redondos que estão tensos e afinados (sinal de Frommel) e se percebe facilmente partes fetais. Este conjunto forma a sindrome de Bandl-Frommel, característica da iminência de rotura uterina.

f.2 rotura confirmada: no momento da rotura a parturiente refere dor súbita, diferente daquela da contração uterina por ser mais intensa, e localizada geralmente em hipogastrio no início do quadro.

Nas roturas completas, logo após o acidente, as contrações uterinas cessam e o batimento cardíaco-fetal, não é mais audível. A parturiente torna-se calma pois não existe dor.

A palpação abdominal, notamos duas tumorações; uma menor situada em uma das fossas ilíacas - útero retraído, outra maior e móvel - o feto.

Pode-se também ter a sensação de creptação, produzida pela passagem de ar para o peritônio e tecido celular subcutâneo (sinal de Clark).

Nas roturas incompletas não há comprometimento do estado geral e se houver é discreto. O feto permanece no útero, as contrações estão presentes embora

possam se tornar mais brandas, mas podem ser suficientes para finalizar o parto. À palpação pode-se algumas vezes sentir em hipogastrio hematoma mais ou menos volumoso.

A paciente que parecia melhor, começa a decair, torna-se pálida, com sudorose intensa, temperatura axilar baixa, pulso fraco e de maior frequência, pressão arterial diminuída, prenunciando estado de choque.

A hemorragia externa nem sempre esta presente. A quantidade de perda sanguínea é mais intensa quando oriunda de vasos sanguíneos próximos a implantação placentária.

A presença de sangue na cavidade abdominal (hemoperitônio) pode ser percebida pela percussão do abdome, onde se nota maciez nos flancos que se modifica com a mudança de decúbito.

Pelo toque vaginal podemos confirmar a ausência de partes fetais na pelve, e revisando a cavidade uterina acharemos solução de continuidade.

f.3 Rotura silenciosa

A maioria das deiscências de cicatrizes de cesareana, não apresentam o quadro clínico até então descrito. Estas cicatrizes podem por vezes romper-se durante a gravidez, ou então durante o trabalho de parto. Geralmente são roturas subperitoniais, de tamanho muito pequeno não apresentando sintomas a não ser nos primeiros momentos, podendo haver paralização das contrações uterinas e dor abdominal mais ou menos intensa e localizada.

Esta sintomatologia pobre se deve ao fato de que na zona de cicatrização as fibras musculares uterinas, lenta e gradativamente se dissociam.

O feto na maioria das vezes esta vivo.

Se a parturiente esta sob vigilancia torna-se imperativo cirurgia salvando desta maneira a vida materna e a fetal. Se a rotura uterina não for diagnosticada durante o trabalho de parto a hemorragia sobrevem no 4º período.

G. DIAGNOSTICO

Torna-se imprescindível que seja feita uma anamnese completa, inspeção, palpação e toque vaginal.

A ultrasonografia é de grande auxílio assim como o raio X. Diante de suspeita de uma lesão da bexiga, lembrar que este órgão pode ser investigado endoscópicamente.

O reto também pode ser explorado, contudo, se houver suspeita de lesão grave, esta indicada a laparotomia.

H. PROGNÓSTICO

Diante de uma rotura uterina o prognóstico é geralmente 'sombrio. % ?

h.1 Materno: o índice de mortalidade é elevado, alguns

fatores contribuem para tanto :

h.1.a choque por anemia aguda

h.1.b infecção

h.1.c embolia amniótica (F.C.Grelle) ①

h.1.d diagnóstico tardio de rotura uterina

Por isto deve ser rotina a revisão cuidadosa da

cavidade uterina após o 3º período.

h.2 Fetal: este prognóstico inclui uma mortalidade pré-natal em torno de 80% (Horta Barbosa)

I. TRATAMENTO

O tratamento se baseia fundamentalmente na profilaxia desta ocorrência. O acompanhamento à parturiente se redobra, quando esta apresenta fatores predisponentes como: apresentações anômalas, tumores prévios, cicatrizes de cesareana ou miomectomia.

Atualmente se recomenda que toda cicatriz de cesareana seja revista quatro a cinco meses após a cirurgia.

Diante de rotura consumada, a conduta a se adotar depende do estado da paciente, quantidade de sangramento e local da lesão uterina.

Alguns autores consultados são unânimes em indicar o tratamento cirúrgico; outros indicam a retirada do feto por via transpelviana através de forceps ou embriotomia, quando este se encontra profundamente insinuado na pelve e só após, realização da laparotomia.

Na dependência das condições do útero lesado é que se indica histerorrafia ou histerectomia. A primeira opção deve ser sempre que possível de eleição, quando se encontra uma laceração com bordos regulares, sem necrose e sem infecção evidente; mas naquelas lesões de bordos irregulares, amplas e necrosadas, a histerectomia total ou sub-total deve ser adotada.

Os órgãos vizinhos (bexiga, vagina e reto), devem ser revistos para que não passe despercebido qualquer lesão so-

bre eles. A realização de laqueadura tubária, dependerá da lesão e do seu prognóstico.

Uma cobertura antibiótica no pós operatório, não pode ser esquecida.

Ataurob de Dupont

V. COMENTÁRIO

A sintomatologia de uma Rotura Uterina durante o trabalho é bastante variada, porém o diagnóstico verdadeiro se torna aparente, somente quando há hemorragia suficiente para causar uma peritonite generalizada e choque hipovolêmico.

É incomum mais não raro que a rotura uterina possa se apresentar de maneira silenciosa, como ocorreu no caso por nós relatado.

Na história Mórbida Pregressa desta paciente, havia o relato de uma cirurgia tipo cesareana, existindo portanto, fator predisponente para que ocorresse a rotura.

Em uma breve revisão bibliográfica feita por nós, verificamos que o maior percentual de Rotura Uterina tem como precedente uma cicatriz cirúrgica.

A perfuração do útero pode ocorrer durante muitos procedimentos ginecológicos, mas ocorre com mais frequência em final de gestação, que é quando se realiza dilatações, curetagens e aspiração a vácuo.

Além da rotura uterina durante o trabalho de parto, existem aquelas que ocorrem fora deste período, é ~~o~~ que pode acontecer durante uma curetagem.

Citamos como exemplo, o crescente aumento na incidência de rotura uterina naqueles países onde o aborto é legalizado. O caso apresentado, nos mostra que o atendimento às parturientes deve ser feito de maneira minuciosa e constante , permitindo assim que nenhum detalhe de importância passe despercebido.

CONCLUSÃO

1. Medidas profiláticas devem ser adotadas para que diminua a incidência de Rotura Uterina
2. O sinal mais evidente de Rotura Uterina no trabalho de parto é a hemorragia, mas nem sempre esta presente.
3. A Rotura Uterina costuma cursar com sintomatologia exuberante.
4. Um dado de exame físico de importância é a ascensão do anel de Bandl
5. É incomum que ocorra rotura uterina de maneira silenciosa, mas pode ocorrer.
6. É certo que o tratamento tardio de rotura uterina pode levar a mortalidade fetal e materna.
7. Diante do diagnóstico ou suspeita de rotura uterina, a laparotomia deve ser imediatamente realizada.

VII. BIBLIOGRAFIA

01. BARBOSA, L.A.H. - Traumatismos do parto In: Obstetrícia Prática - 5ª ed. Rio de Janeiro, científica, 1961, cap 7, 520-4, il
02. DAINER, M.T. - Spontaneous uterine rupture - J.Reprod . Med. 26 (1) 35-7, jan 1981
03. DARZÉ, E.-Cesarea (Erros de técnicas, sequelas) Femina 7(6) 445-56, 1979
04. FEENEY, J.G.-Perforation of the uterus causing rupture in subsequent pregnancy - IR. J. Med.Sci, 146(6) 175-8, jun.1977
05. GRELLE, F.C. - Acidentes e traumatismos do parto. In - Obstetrícia. Rio de Janeiro, Atheneu, 1970, cap.610 p.500-7, il.
06. GREENHILL, J.P. Traumatismo do parto. In: Obstetrícia. Rio de Janeiro, Interamericana, 1979. cap.65, p.669-75
07. GUARIENTO, A.&Delacio, D.-Traumas maternos. In: Obstetrícia Operatória Briquet - 2ª ed. São Paulo, Sarvier 1979. cap 25, p. 201-8, il
08. IMOZ, F.A.V.-Síndromes hemorrágicas de la segunda mitad gestacional. In: Obstetrícia practica 2ª ed. Buenos Aires, Intermédica, 1970. 3ª ed, cap.1 p.497-8
09. KNELL, J.A.Jr. et al-Uterus rupture due to perforation at a previous curettage. Med State Med.J, 27(10) : 60-1, oct., 1978
10. LEON, J.-Traumatismos Maternos durante el embarazo y el parto. In: Tratado de Obstetrícia 2ª ed., Buenos Aires, Delme, 1964. Tomo 3, cap.4, p.4-3
11. LLUSIÀ, J.B. & Núñez, J.A.C.-Acidentes obstétricos. In Tratado de Ginecologia. II ed. Barcelona, ed.científico-médica, 1978 V. 2, cap. 37, p. 749-65.

12. MACIEL, C.J.S. & Viggiano, M.G.C. Rotura do útero, análise de seis casos (Maternidade do Hospital Geral - de Goiania/Inamps) J. Bras. Ginecol, 91 (5): 315-20, 1981
13. PINHEIRO, L.S.-Rotura uterina no trabalho de parto. Femina 432-8, 1978
14. RESENDE, J. Tocotraumatismos maternos. In: - Obstetrícia 3 ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1974 . Cap. 41, p. 808-13, il.

**TCC
UFSC
TO
0234**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC TO 0234

Autor: Medeiros, Nadja Br

Título: Rotura uterina..



972809701

Ac. 254368

Ex.1 UFSC BSCCSM